



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se entregará por separado. Este documento es solo un resumen. Si desea más información sobre su cobertura u obtener una copia de sus términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/health-insurance-marketplace/know-the-details-2024/>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#). Puede acceder al Glosario desde www.cciio.cms.gov o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Esto es Importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el deducible total? | \$3,500/individual; \$7,000/familia | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este plan , cada miembro debe cumplir su propio deducible hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por toda la familia alcance el deducible familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. Se cubren los servicios de atención preventiva , atención de urgencia, salud mental/conductual y trastornos por uso de sustancias y medicamentos genéricos. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . |
| ¿Existe algún otro deducible para servicios específicos? | No. | Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico para que este plan comience a pagar por los servicios en cuestión. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | \$7,250/individual; \$14,500/familia | El límite de desembolso es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , ellos tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta alcanzar el límite de desembolso familiar general. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ? | Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que no está cubierta por este plan . | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el límite de desembolso . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor perteneciente a la red ? | Sí. Visite https://providersearch.communityhealthchoice.org o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de proveedores pertenecientes a la red. | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor no perteneciente a la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor y el monto que paga su plan (facturación de saldo). Tenga presente que es posible que su proveedor perteneciente a la red use un proveedor no perteneciente a la red para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ? | No. | Puede consultar al especialista que usted elija sin necesidad de una referencia . |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|--|---|---|---|
| | | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Perteneciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) | |
| Si visita el consultorio o la clínica del proveedor | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | \$30 de copago ; no se aplica el deducible | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | \$80 de copago ; no se aplica el deducible | Sin cobertura | Ninguna |
| | Cuidado preventivo/pruebas de detección /vacunas | Sin cargo; no se aplica el deducible . | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el plan. |
| Si le realizan una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía y análisis de sangre) | \$30 de copago | Sin cobertura | Ninguna |
| | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios. No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios. |
| Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/formulary-premier-2024.pdf | Medicamentos genéricos | \$10 de copago por receta (al por menor); \$25 de copago por receta (pedidos por correo); no se aplica el deducible . | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. El Nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$40 de copago por receta (al por menor); \$100 de copago por receta (pedidos por correo) | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es posible que necesite una autorización previa para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el formulario. No obtener una autorización previa para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el genérico. |

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Perteneciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) | |
| | | | | El Nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$80 de copago por receta (al por menor); \$200 de copago por receta (pedidos por correo) | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El Nivel 3 incluye productos del formulario no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos). |
| | Medicamentos especializados | 50% de coseguro por receta (al por menor) | Sin cobertura | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). El Nivel 4 incluye medicamentos especializados. |
| Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en sala de emergencias | 30% de coseguro | 30% de coseguro | Ninguna |
| | Traslado médico de emergencia | \$80 de copago por servicio de transporte | \$80 de copago por servicio de transporte | Requiere autorización previa para ciertos servicios, como transporte aéreo, terrestre que no sea de emergencia, traslados entre instalaciones y fuera de la red y del área. |
| | Atención de urgencia | \$80 de copago por visita; no se aplica el deducible . | Sin cobertura | Ninguna |
| Si debe permanecer internado | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$30 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible . 30% de coseguro después del deducible para otros | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro |

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Perteneciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) | |
| | | servicios de pacientes ambulatorios | | según el tipo de servicio. |
| | Servicios para pacientes internados | 30% de coseguro | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$80 de copago por incidente | Sin cobertura | Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Es posible que se aplique un copago, deducible o coseguro según el tipo de servicio. |
| | Servicios del profesional durante la atención del parto | 30% de coseguro | Sin cobertura | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías). Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. |
| | Servicios de la instalación durante la atención del parto | 30% de coseguro | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención médica a domicilio | \$80 de copago por visita | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | \$80 de copago por visita | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Servicios de habilitación | \$80 de copago por visita | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. |
| | Atención de enfermería especializada | 30% de coseguro | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año. |
| | Equipo médico duradero | 20% de coseguro | Sin cobertura | Requiere autorización previa para determinados |

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

| Evento Médico Común | Servicios que Puede Necesitar | Cuánto Pagará | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| | | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Perteneciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) | |
| | Servicios de hospicio | \$80 de copago por día 30% de coseguro como paciente internado | Sin cobertura | servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del plan. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del plan. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen oftalmológico para niños | \$80 de copago | Sin cobertura | Un examen oftalmológico de rutina por año. |
| | Anteojos para niños | \$80 de copago | Sin cobertura | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del plan. |
| | Chequeo odontológico para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

| Servicios que su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de los servicios excluidos). | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto, con excepción de servicios limitados • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Chequeo odontológico para niños | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Cuidado dental (adultos) • Tratamiento de la infertilidad • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Atención de rutina de la vista (adultos) • Programas para bajar de peso |

| Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su plan). | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico (35 visitas por año) • Audífonos (cada oído, cada tres años) | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada (paciente internado) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes) |

Sus Derechos para Extender la Cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación, se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 al 1-800-578-4677 o el emisor al 1-855-315-5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá en relación con la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

¿Este plan le brinda Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

¿Este plan cumple con las Normas de Valores Mínimos? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valores Mínimos](#) es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

Servicios de Accesibilidad Lingüística:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-5386.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

Información sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden solo al titular.

Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

- El [deducible](#) general [del plan](#) \$3,500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$80
- Hospital (instalación) [\[costo compartido\]](#) 30%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios del profesional durante la atención del parto
 Servicios de la instalación durante la atención del parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita de [especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Ejemplo de Costo Total | \$12,700 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,500 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$2,100 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Peg pagaría un total de | \$5,800 |

Joe recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

(un año de atención de rutina dentro la red, afección debidamente controlada)

- El [deducible](#) general [del plan](#) \$3,500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$80
- Hospital (instalación) [\[costo compartido\]](#) 30%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye educación sobre enfermedades*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Ejemplo de Costo Total | \$5,600 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,500 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$10 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Joe pagaría un total de | \$4,010 |

Mia sufrió una fractura simple

(visita a una sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general [del plan](#) \$3,500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$80
- Hospital (instalación) [\[costo compartido\]](#) 30%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluidos los insumos médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Ejemplo de Costo Total | \$2,800 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos Compartidos | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,500 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Mia pagaría un total de | \$2,700 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.